

Arcispedale S. Anna

Delibera n. 49 del 27/03/2006

**DIREZIONE GENERALE/DIPARTIMENTO GESTIONE E SVILUPPO DELLE
RISORSE UMANE E DEGLI AFFARI ISTITUZIONALI**

Direzione: Direzione affari generali e attività amministrative di presidio

Settore/Ufficio: Sperimentazioni

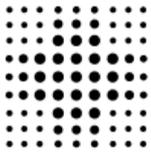
OGGETTO: Adozione Regolamento di Pubblica Tutela

IL DIRETTORE GENERALE

Visti:

- Il D.Lgs. 502/92 e s.m.i., art. 14 "Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini";
- la L.R. 19/94, art.15 "Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini";
- il DPCM 19/9/95 Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari";
- le Linee Guida 2/95 del Ministero della Sanità "Attuazione della Carta dei Servizi nel Servizio Sanitario Nazionale";
- Visto il Piano Sanitario Regionale 1999/2001, specificatamente "Le relazioni con gli utenti e i cittadini;
- Vista la delibera della Giunta Regionale Emilia Romagna 1/3/200 "Linee Guida sulla Comunicazione tra Aziende Sanitarie e Cittadini";
- Il provvedimento n. 398 del 22.4.1997 "Approvazione della Carta dei Servizi Sanitari: modifica al regolamento Pubblica Tutela adottato con provvedimento n. 1108 del 18.10.1996"
- Visto il provvedimento n. 53 del 18.3.2004 ad oggetto "Rinnovo Comitato Consultivo Misto per il triennio 2004-2006 – approvazione del Regolamento per il funzionamento del CCM";

Considerato che l'Azienda Ospedaliera Universitaria, ai sensi della citata normativa, e in attuazione dei contenuti della propria Carta dei Servizi, si impegna a perseguire e rafforzare i rapporti di partecipazione stabiliti sia con gli utenti, attraverso il Comitato Consultivo Misto, sia con le Associazioni di Volontariato e di tutela dei diritti presenti sul territorio, affinché sia sempre più trasparente l'azione aziendale a tutela del cittadino utente;



Dato che il Direttore Generale nell'incontro del 18.1.2005, coi i rappresentanti dei CC.CC.MM., l'Azienda U.S.L., il Direttore Sanitario della Casa di Cura Quisisana e il Direttore Sanitario della Casa di Cura Salus, ha proposto la costituzione di un gruppo tecnico multiprofessionale per la revisione del Regolamento di Pubblica Tutela dei diritti dei cittadini, allo scopo di uniformare l'approccio ai vari aspetti inerenti i meccanismi di tutela dei cittadini utenti delle strutture sanitarie, sia pubbliche che private convenzionate, operanti sul territorio ferrarese;

Dato, altresì, atto che i lavori del suddetto gruppo tecnico sono iniziati il giorno 17/3/2005 e si sono conclusi, con l'approvazione unanime della revisione del Regolamento di Pubblica Tutela, in data 16/6/2005;

Considerato che il documento è stato infine approvato dai CC.CC.MM. delle Aziende Sanitarie ferraresi;

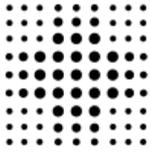
Sentito il parere tecnico del Direttore del Dipartimento Gestione Risorse Umane e Affari Istituzionali Dott. Umberto GIAVARESCO ai sensi dell'art. 7 del regolamento aziendale per il decentramento tecnico amministrativo;

Su conforme proposta del Responsabile della Direzione Affari Generali e Attività Amministrative di Presidio Dott.ssa Elisabetta VACCARI

Acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, per la parte di loro competenza

DELIBERA

1. di approvare il Regolamento di Pubblica tutela del 16.6.2005, allegato al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale e "conservato agli atti del Servizio per la tenuta del Protocollo Informatico e Gestione dei Flussi Documentali", che a tutti gli effetti sostituisce il precedente regolamento approvato con delibera n. 398 del 22.4.1997 ad oggetto: "Approvazione della Carta dei Servizi Sanitari: modifica al regolamento Pubblica Tutela adottato con provvedimento n. 1108 del 18.10.1996";
2. di trasmettere il presente provvedimento ai CC.CC.MM. delle Aziende Sanitarie ferraresi;
3. di procedere alla pubblicazione all'Albo di una copia, del presente provvedimento;



4. di dichiarare il presente provvedimento esecutivo dal giorno della pubblicazione ai sensi dell'art.37 della L.R. 50/94, come sostituito dall'art.12 della L.R. 29/04.

II DIRIGENTE REponsabile
DELLA DIREZIONE GENERALE E
ATTIVITA' AMMINISTRATIVE DI PRESIDIO
F.to (Dott.ssa Elisabetta VACCARI)

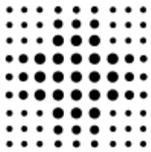
IL DIRETTORE GENERALE
F.to (Dr.Riccardo BALDI)

Coadiuvato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-quinquies del Decreto Legislativo n. 229 del 19/6/99, da

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
F.to (Dr. Adriano GRASSI)

IL DIRETTORE SANITARIO
F.to (Dr.Davide FABBRI)

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
F.to (Sig.ra Francesca Palara)



DIREZIONE GENERALE/DIPARTIMENTO GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE E DEGLI AFFARI ISTITUZIONALI

Direzione: Direzione affari generali e attività amministrative di presidio
 Settore/Ufficio: Sperimentazioni

OGGETTO Adozione Regolamento di Pubblica Tutela

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione all'Albo dell'Azienda dal 27/03/2006 e per gg.15 consecutivi.

Il Responsabile della Pubblicazione
 F.to Sig.ra Anna M. Selvatici

INVIATA IN DATA:

AL COLLEGIO SINDACALE 27/03/2006
 ALLA CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA
 ALLA GIUNTA REGIONALE

ESTREMI DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione e' ESECUTIVA dal 27/03/2006

- † APPROVATA dalla Giunta Reg.le, in data atto n.
- † NON APPROVATA dalla Giunta Reg.le, in data atto n.

Il Responsabile della Pubblicazione
 F.to Sig.ra Anna M. Selvatici

Il presente atto deve essere trasmesso a:

| |
|------------------|
| |
| Francesca Palara |

Regolamento di Pubblica Tutela

Titolo 1. Presentazione osservazioni opposizioni denunce e reclami.

Art.1. - Finalità della tutela.

L'Azienda USL di Ferrara, l'Azienda Ospedaliera di Ferrara, la Casa di Cura Quisisana e la Casa di Cura Salus, si impegnano a garantire la tutela dei cittadini utenti in base a quanto stabilito dalla Carta dei Servizi Sanitari adottata ai sensi dell'art 2 del D.P.C.M.19/5/95, secondo le rispettive competenze.

Le strutture sanitarie riconoscono come impegno prioritario la costante verifica della adeguatezza delle prestazioni offerte e il miglioramento degli standard qualitativi delle stesse.

A questi fini si avvalgono della collaborazione degli utenti ai quali il presente regolamento riconosce due livelli di tutela:

- I istanza al Direttore Generale, per le aziende sanitarie,
- I istanza alla Direzione Sanitaria, per le strutture private accreditate,
- II istanza alla Commissione Mista Conciliativa, per le aziende sanitarie.

Art.2. - Soggetti che possono chiedere la tutela.

La tutela può essere richiesta dagli utenti direttamente o indirettamente tramite parenti, affini, organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione e che abbiano sottoscritto "Protocolli d'Intesa" con l'Azienda Ospedaliera (per servizi resi dall'Azienda Ospedaliera) e con l'Azienda USL (per servizi resi dall'Azienda USL).

La tutela si esplica mediante la facoltà concessa ai suddetti soggetti di presentare osservazioni, opposizioni, denunce e reclami contro atti o comportamenti che limitano o negano la fruibilità delle prestazioni di assistenza e il dovere dell'azienda di dare sollecite risposte impegnandosi a rimuovere le cause che hanno prodotto il disagio o il malcontento.

Art.3. - Modalità di presentazione di opposizioni, reclami e denunce.

Gli utenti e gli altri soggetti individuati all'Art.2, esercitano il proprio diritto mediante:

1. lettera in carta semplice, debitamente sottoscritta, inviata o consegnata direttamente agli U.R.P. delle Aziende Sanitarie o agli uffici competenti delle strutture private accreditate;
2. compilazione di apposito modello distribuito presso l'U.R.P. e presso i punti informativi ad esso collegati o con moduli predisposti dai CC.CC.MM.;
3. segnalazione telefonica o via fax o attraverso e-mail ai suddetti uffici.
4. colloquio con il personale dell'U.R.P. e per le strutture private accreditate, con le persone individuate, nel rispetto delle procedure adottate.

Per le segnalazioni telefoniche e per i colloqui viene redatta apposita scheda comprensiva dei dati dell'utente.

Le segnalazioni anonime non saranno considerate ai fini della tutela, in quanto configurano l'ipotesi del rilievo, che segue altra procedura.

Art.4. - Tempi di presentazione.

Le opposizioni, le denunce ed i reclami dovranno essere presentati nei modi sopra indicati, entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o del comportamento lesivo dei propri diritti in armonia con il disposto dell'Art.14 comma 5 D.Leg.vo.502/92 e successive modifiche. Sono presi in esame anche gli esposti presentati dopo la scadenza di tale termine, comunque non oltre 6 mesi, qualora il ritardo sia giustificabile in base alle condizioni ambientali e personali del soggetto titolare del diritto di tutela.

Titolo 2. L'U.R.P.

Art.5. - *L'Ufficio Relazioni col Pubblico.*

L'U.R.P. assolve le seguenti funzioni:

- Ascolto e accoglienza
- Informazione
- Tutela

Per l'*Azienda USL* la funzione di tutela si esplica attraverso il ricevimento di osservazioni, denunce, reclami e rilievi, compresa la gestione del relativo percorso, fino alla risposta all'utente che è firmata dai Direttori di Distretto.

Per "reclamo", si intende qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari che richiede una risposta; per "rilievo" si indica un disservizio che si risolve con una eventuale risposta di *cortesia* e che comunque non attiva la procedura tipica del reclamo.

L'U.R.P. ha il dovere di informare che la presentazione di tali esposti non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale ai sensi dell' art 14, comma 5, del Decreto.Leg.Vo. 502/92 e successive modifiche.

Entro 3 giorni dal ricevimento della scheda o lettera di reclamo l'URP, trasmette la pratica ai Direttori di Presidio e/o Responsabili di Servizio/U.O. competenti.

Per quanto riguarda i rilievi, vanno debitamente registrati a livello locale e trasmessi al Servizio competente per le opportune valutazioni.

Presso gli U.R.P. è operativo un programma informatizzato nel quale vengono inseriti i dati raccolti nelle schede/lettere/fax/ecc., ai fini della gestione del percorso della segnalazione, nel rispetto della riservatezza degli utenti.

Nell'*Azienda USL* sono costituiti un coordinamento centrale e 5 U.R.P. territoriali presso le sedi:

- Poliambulatorio di Via Cassoli, 30 – sede centrale – Distretto Centro-Nord;
- Poliambulatorio di Codigoro – Via F.lli Cavalletti, 347 – Distretto Sud-Est;
- Ospedale S. Giuseppe di Copparo – Via Roma, 18;
- Ospedale SS. Annunziata di Cento – Via Vicini, 2;
- Ospedale Mazzolani Vandini di Argenta – Via Nazionale, 5;
- Ospedale del Delta di Lagosanto – Via Valle Oppio, 2;

collocati in posizione di staff alla Direzione Generale.

Sono presenti 2 punti informativi periferici dipendenti dagli U.R.P., ubicati presso l'Ospedale del Delta e il Poliambulatorio della sede centrale di via Cassoli, 30.

Per l'*Azienda Ospedaliera* la funzione di tutela si esplica attraverso il ricevimento di osservazioni, denunce, reclami e rilievi, compresa la gestione del relativo percorso, fino alla risposta all'utente firmata dal Responsabile URP e/o dal Direttore del Dipartimento e/o dal Direttore di U. O. e/o dal Dirigente Medico di Presidio.

Per "reclamo" s'intende qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari che richiede una risposta; per "rilievo" si indica un disservizio che si risolve con una eventuale risposta di cortesia e che comunque non attiva la procedura tipica del reclamo.

L'URP ha il dovere di informare che la presentazione di tali esposti non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale ai sensi dell'art. 14, comma 5, del Decreto Leg.vo 502/92 e successive modifiche.

Entro 3 giorni dal ricevimento della scheda o lettera di reclamo l'URP trasmette la pratica al Direttore del Dipartimento e/o al Direttore di U. O. e/o al Dirigente Medico di Presidio competenti.

Per quanto riguarda i rilievi, vanno debitamente registrati a livello locale e trasmessi al Servizio competente per le opportune valutazioni.

Presso gli URP è operativo un programma informatizzato nel quale vengono inseriti i dati raccolti nelle schede/lettere/fax/ecc., ai fini della gestione del percorso della segnalazione, nel rispetto della riservatezza degli utenti.

Nell'*Azienda Ospedaliera* è costituito un unico URP che fa capo al Servizio Programmazione, Valutazione e Controllo Strategico in seno alla Direzione Generale, ed è ubicato a sinistra della portineria centrale della struttura ospedaliera, in Corso Giovecca 203.

Per le *Strutture Private Accreditate* la funzione di tutela si esplica attraverso il ricevimento di osservazioni, denunce, reclami e rilievi, compresa la gestione del relativo percorso, fino alla risposta all'utente firmata dal Direttore Sanitario.

Art.6. - Istruttoria e termini per le risposte.

I tempi di istruttoria decorrono dalla data di protocollo. Dove il reclamo è di facile, univoca e immediata soluzione, l'U.R.P. provvede a dare risposta immediata, in caso contrario, predispone l'idonea attività istruttoria.

La suddetta attività si diversifica in relazione alla complessità del caso in esame:

a) per le segnalazioni di più agevole definizione, la risposta viene fornita entro 30 giorni dal ricevimento della segnalazione;

b) per le segnalazioni di evidente complessità, qualora l'istruttoria non possa essere completata nei tempi previsti, dovrà essere comunicata al segnalante la ragione del ritardo e una previsione sulla sua conclusione, prima dello scadere dei 30 giorni.

Per l'*Azienda USL* nei casi in cui si ravvisi un fatto che possa dare origine a responsabilità penali, civili o amministrative, deve essere data notizia della vicenda e consegnata la relativa documentazione al M. O. Affari Giuridici.

A discrezione del Direttore di Distretto o su richiesta del Direttore di Presidio Ospedaliero, la segnalazione può essere inoltrata al Servizio di Medicina Legale per opportuna consulenza. La valutazione medico legale prodotta viene inviata al richiedente ed ai soggetti interessati.

Il Direttore del Distretto, con la collaborazione dell'operatore U.R.P. risponde all'utente per iscritto circa gli accertamenti compiuti, con la massima celerità e comunque non oltre 30 giorni dal ricevimento della segnalazione.

La risposta all'utente può eccezionalmente configurarsi come informativa e non conclusiva per i seguenti motivi:

- necessità di ulteriori accertamenti per aspetti di responsabilità professionale;
- necessità di ulteriori accertamenti per aspetti di tipo tecnico professionale a carico del personale sanitario;

in questi casi, qualora l'istruttoria si protragga oltre i 30 giorni previsti, è dovuta una comunicazione scritta al cittadino o all'associazione che lo rappresenta. Tale comunicazione interrompe i tempi di risposta previsti dalla normativa vigente.

Nell'ipotesi in cui l'utente si dichiari insoddisfatto della risposta ricevuta, il responsabile dell'U.R.P., nell'impossibilità di fornire diversa risposta, provvede ad attivare la procedura di riesame avanti alla Commissione Mista Conciliativa.

Tutti i reclami pervenuti agli U.R.P. vengono codificati a cura dagli operatori in un "Sistema informativo regionale" per la gestione delle segnalazioni con lo scopo di adottare metodi e strumenti omogenei in tutta la Regione Emilia Romagna, per quanto concerne la loro raccolta, analisi, valutazione ed utilizzazione.

- Report trimestrale di distretto: redatto a cura dell'operatore U.R.P. (di Distretto) utilizzando i dati inseriti nel "Sistema informativo regionale" e presentato al Direttore dello stesso e ai C.C.M.;
- Report semestrale di distretto: redatto a cura dell'operatore U.R.P. (di Distretto) utilizzando i dati inseriti nel "Sistema informativo regionale" e presentato al Direttore dello stesso e ai C.C.M.;

□ Report semestrale e annuale aziendale: redatti a cura del coordinatore U.R.P., con la collaborazione degli operatori U.R.P.. Vengono presentati ai Direttori Aziendali, al Responsabile della qualità aziendale, ai CCM e alle Associazioni di tutela dei cittadini.

Nell'*Azienda Ospedaliera* le osservazioni, opposizioni, denunce e reclami sono registrate presso il Protocollo Generale, in tutte le ipotesi previste dall'art. 3.

Se il reclamo è di facile e immediata risoluzione, il Responsabile dell'URP provvede a dare risposta immediata.

Negli altri casi predispone l'istruttoria, selezionando i casi di più agevole definizione da quelli di evidente complessità.

□ Nel 1° caso la risposta viene fornita dal Responsabile dell'URP di norma entro 15 giorni dal ricevimento dell'esposto.

□ Nel 2° caso (reclami di evidente complessità) il Responsabile dell'URP comunica al Direttore del Dipartimento e/o al Direttore di U. O. e/o al Dirigente Medico di Presidio, secondo l'area di competenza, notizia dell'esposto affinché fornisca all'URP il parere occorrente ad un'appropriata risposta. Nel caso in cui l'istruttoria si protragga oltre i 30 giorni previsti, è dovuta una comunicazione scritta al cittadino o all'associazione che lo rappresenta. Tale comunicazione interrompe i tempi di risposta previsti dalla normativa vigente. Il Responsabile URP, acquisito il parere dagli interlocutori sopraccitati, valuta se inviare direttamente la risposta o condividerla con l'Ufficio Legale, nel caso in cui si ravvisino elementi ritenuti di competenza specifica dello stesso, salvo che il cittadino non abbia proposto formale richiesta di risarcimento del danno all'ufficio legale. Negli altri casi la lettera di risposta conclusiva sarà predisposta dal Responsabile URP e/o dal Direttore del Dipartimento e/o dal Direttore di U. O. e/o dal Dirigente Medico di Presidio. Nell'ipotesi in cui l'utente si dichiara insoddisfatto della risposta ricevuta, il Responsabile URP nell'impossibilità di fornire diversa risposta provvede ad attivare la procedura di riesame avanti alla Commissione Mista Conciliativa.

Tutti i reclami pervenuti all'URP vengono codificati a cura degli operatori in un "Sistema Informativo Regionale" per la gestione delle segnalazioni con lo scopo di adottare metodi e strumento omogenei in tutta la Regione Emilia Romagna, per quanto concerne la loro raccolta, analisi, valutazione ed utilizzazione.

L'URP produce:

- Report quadrimestrale relativo ai reclami: utilizzando i dati inseriti nel “Sistema Informativo Regionale”, che viene sottoposto a valutazione quali-quantitativa da parte del CCM (attualmente Gruppo di lavoro reclami);
- Report semestrale e annuale aziendale: che viene presentato al Direttore Generale, ai diversi Referenti aziendali, ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa, alle Caposala e al CCM.

Titolo III. Commissione Mista Conciliativa.

Art.7. - Commissione Mista Conciliativa.

La Commissione Mista Conciliativa è un organismo di tutela di secondo livello, a composizione paritetica, presieduta da persona esterna alle Aziende Sanitarie che ha una funzione “super partes”.

La finalità dell’organismo è quella di gestire e risolvere le controversie con procedure conciliative, al fine di giungere ad una decisione condivisa dalle parti, al di fuori di ogni altro mezzo amministrativo o giurisdizionale, attraverso l’accertamento dei fatti e l’individuazione delle cause che hanno limitato o negato il diritto alla prestazione sanitaria, al fine di contribuire al loro superamento.

Art.8.- Compiti.

Nei casi in cui l’utente si dichiari insoddisfatto della definizione del reclamo ed abbia comunicato la sua insoddisfazione entro 30 giorni dal ricevimento della risposta da parte del Direttore Generale, la questione viene deferita dall’URP alla Commissione Mista Conciliativa entro 15 gg. dal ricevimento.

Spetta alla Commissione Mista Conciliativa la valutazione delle istanze dei cittadini che si dichiarano insoddisfatti della risposta ottenuta dal primo livello di tutela.

Art.9. - Composizione.

E’ costituita un’unica Commissione Mista Conciliativa per l’Azienda USL e l’Azienda Ospedaliera.

La commissione è composta da 5 membri per ognuno dei quali è previsto un componente supplente:

1. Presidente (esterno).
2. Rappresentanti delle associazione di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti.
1. Rappresentante dell’Azienda USL.

1. Rappresentante dell'Azienda Ospedaliera.

I rispettivi membri supplenti vengono designati negli stessi termini.

Il Presidente titolare e quello supplente sono designati dalla Conferenza dei Sindaci scelti tra persone esterne alle Aziende Sanitarie suindicate che per studi o esperienze dimostrino con idoneo curriculum la loro conoscenza in materia di tutela dei diritti, di problematiche sanitarie e giuridiche.

Non sono designabili coloro che intrattengono rapporti di consulenza o convenzione con le Aziende o con le Associazioni di volontariato o gli organismi di tutela o dipendenti pubblici in attività di servizio che svolgono funzioni nel settore socio sanitario.

I membri rappresentanti degli organismi di tutela e di volontariato (supplenti e titolari) sono designati dalle associazioni accreditate presso le Aziende USL e Ospedaliera in quanto intrattengono rapporti con le medesime, ai sensi dell' art 14 comma 7 del D.Leg.vo 502/92 e 4 successive modifiche.

I membri rappresentanti le Aziende USL e Ospedaliera (titolari e supplenti) sono designati direttamente dai Direttori Generali.

La Commissione Mista Conciliativa è nominata con atti dei Direttori Generali delle Aziende, secondo competenza.

Le sedute della commissione sono valide con la presenza di almeno 3 componenti (Presidente incluso).

A parte viene predisposto un regolamento per il funzionamento della commissione, sentiti i Comitati Consultivi degli utenti delle due Aziende Sanitarie.

Art.10. - *Diritti e doveri dei membri della Commissione.*

I membri della commissione sono tenuti al segreto sulle notizie di cui siano venuti a conoscenza per ragioni d'ufficio e che siano da ritenersi riservate o segrete ai sensi delle leggi vigenti.

Art.11. - *Decisioni.*

La decisione della commissione è comunicata per conoscenza entro 15 giorni dalla sua adozione, al Direttore Generale competente che ne prende atto e all'URP che ne informa l'utente e completa il percorso di gestione della segnalazione.

In attuazione della Direttiva Regionale per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini e in accordo con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti, che operano nel settore sanitario, vengono costituiti i "Comitati Consultivi Misti per il controllo di qualità dal lato degli utenti", di cui all'art. 14 del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal DLgs 7 dicembre 1993, n. 517, e all'art. 16 della L.R. 12 maggio 1994, n. 19.

**Regolamento per il funzionamento dei
“COMITATI CONSULTIVI MISTI PER IL CONTROLLO DI QUALITA’
DAL LATO DEGLI UTENTI”
dell’Azienda USL di Ferrara**

ART. 1 – FUNZIONI E COMPITI DEI CC.CC.MM.

I Comitati Consultivi Misti sono organismi di partecipazione dei cittadini per il controllo di qualità dei servizi sanitari dal lato dell’utente.

Le funzioni fondamentali ridefinite con la L.R. 3/99 sono:

- 1) assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- 2) promuovere l’utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell’utente, definiti a livello regionale, sentiti gli organismi di partecipazione dell’utenza;
- 3) sperimentare indicatori di qualità dei servizi dal lato dell’utente, definiti a livello aziendale, che tengano conto di specificità locali;
- 4) sperimentare modalità di raccolta e analisi dei segnali di disservizio.

I CC.CC.MM. hanno inoltre il compito di verificare il grado di coinvolgimento delle Aziende Sanitarie nel miglioramento della qualità della comunicazione col cittadino e in particolare:

- a) nell’attuazione di metodologie di rilevazione della qualità dal lato dell’utente, anche attraverso formalizzati collegamenti con l’U.R.P.;
- b) nelle iniziative di rilevazione della soddisfazione dell’utenza e/o iniziative di educazione, promozione della salute e protezione dal rischio;
- c) nell’attuazione delle proposte di miglioramento conseguenti l’analisi e la valutazione dei processi aziendali che determinano insoddisfazione dell’utente;
- d) nell’aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale e nel mantenimento degli impegni ivi asseriti.

ART. 2 – ATTIVITA’

Per l’adempimento delle funzioni precedentemente descritte vengono sviluppate le seguenti attività:

- a) esame di documenti e normative;
- b) espressione di pareri;
- c) creazione di gruppi di lavoro ad obiettivo;
- d) confronto con esperti;

- e) partecipazione e promozione di attività formative interne rivolte al personale o rivolte ad utenti;
- f) promozione e realizzazione di confronti con i cittadini su problemi e progetti dei CC.CC.MM. e sui risultati raggiunti con la loro attività;
- g) partecipazione alla definizione dei bisogni di salute della popolazione e alla progettazione di servizi;
- h) partecipazione ad attività di verifica aziendale (accreditamento, indicatori ex art. 14 D.L. 502/92; rispetto di percorsi assistenziali, ecc. ...),
- i) promozione e realizzazione di attività di verifica autogestite (indicatori ex art. 14 D.L. 502/92, impegni della Carta dei Servizi , ecc. ...);
- j) partecipazione ad attività di identificazione, analisi e gestione del rischio, partecipazione al monitoraggio dei segnali di disservizio;
- k) monitoraggio di criticità emergenti (liste di attesa, problemi di umanizzazione e personalizzazione dei servizi);
- l) proposte di progetti di miglioramento e collaborazione alla loro realizzazione;
- m) promozione e partecipazione ad indagini sul livello di gradimento dei cittadini;
- n) partecipazione alla definizione, alla rilevazione e all'analisi di indicatori per la valutazione della qualità dal lato dell'utente.

I CC.CC.MM. sono tenuti ad elaborare un piano annuale della loro attività, suscettibile di modifica in caso di necessità o emergenza, da trasmettere al Direttore Generale Aziendale. I CC.CC.MM., per la realizzazione delle attività programmate possono richiedere il supporto degli idonei servizi aziendali.

In caso di attività che richiedano investimenti economici, i Comitati attivano modalità di programmazione concordate con la Direzione Aziendale e con i Responsabili dei Servizi interessati.

I risultati delle attività dei Comitati devono essere comunicati e congiuntamente valutati con la Direzione Aziendale prima di essere divulgati e pubblicizzati.

I Comitati, per l'accesso ai Servizi, Reparti e Unità Operative, finalizzato allo svolgimento delle funzioni loro attribuite, espletano la loro attività sulla base dell'apposito protocollo operativo definito d'intesa con la Direzione Aziendale.

ART. 3 – SEDE

I Comitati Consultivi Misti, di seguito CC.CC.MM. dell'Azienda USL di Ferrara sono tre. Essi sono collocati presso le sedi distrettuali aziendali. I CC.CC.MM. per le loro

attività usufruiscono di locali opportunamente attrezzati, messi a disposizione dall'Azienda:

- Distretto Centro Nord, per gli ambiti territoriali di Ferrara e Copparo;
- Distretto Sud-Est, per gli ambiti territoriali di Codigoro e Portomaggiore;
- Distretto Ovest, per gli ambiti territoriali di Cento e Bondeno.

ART. 4 – STRUTTURA DEL COMITATO

I tre Comitati Consultivi Misti dell'Azienda USL di Ferrara, hanno il compito di realizzare:

- una qualificata rappresentanza aziendale a livello dirigenziale;
- una rappresentanza maggioritaria di associazioni di volontariato e di tutela dei diritti che operano attivamente e in modo documentabile, in campo socio-sanitario, siano queste iscritte o no al Registro Regionale del Volontariato;
- una rappresentanza di altre organizzazioni rappresentative dei cittadini (sindacato dei pensionati, ecc. ...);
- una rappresentanza dei Medici di Medicina Generale;
- una rappresentanza degli Enti Locali.

A tali fini hanno la seguente composizione:

- 12 rappresentanti designati di comune accordo dalle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti;
- 6 rappresentanti designati dall'Azienda;
- 2 rappresentanti designati dal Sindacato dei Pensionati;
- 2 rappresentanti designati dai Medici di Medicina Generale;
- 2 rappresentanti designati dagli Enti Locali
- 2 rappresentanti designati da altre organizzazioni dei cittadini, purché operanti nel campo socio-sanitario.

I rappresentanti aziendali sono individuati dalla Direzione Generale dell'Azienda USL di Ferrara.

I rappresentanti di parte esterna sono individuati autonomamente dalle diverse componenti. Per il volontariato sono proposti formalmente dalle Associazioni maggiormente impegnate in campo socio-sanitario, appositamente riunite in Assemblee convocate dai Coordinamenti provinciali del Volontariato o, in caso di impedimento, dai CC.CC.MM. uscenti, congiuntamente con la Direzione aziendale.

Ogni Comitato può richiedere la collaborazione in forma consulenziale di funzionari presenti in azienda o di altri esperti esterni, purchè la loro collaborazione non comporti oneri a carico dell'Azienda.

Possono partecipare - su invito dei vari Comitati - singoli dirigenti aziendali di articolazioni aziendali, il Responsabile/Referente del Gruppo Qualità e il Responsabile/Referente dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Inoltre alle riunioni dei Comitati possono essere invitati i Responsabili di Servizi, Reparti e Unità Operative allorché vengano discussi problemi attinenti la valutazione e il possibile miglioramento della qualità del servizio per i cittadini.

Art. 5 – DURATA

I Comitati Consultivi Misti dell'Azienda USL di Ferrara durano in carica tre anni.

Art. 6 - DECADENZA

I CC.CC.MM. decadono per scadenza del mandato, per dimissioni della metà dei suoi membri o per qualsiasi altra causa prevista dalla normativa vigente nel tempo.

ART. 7 – ORGANI DEL COMITATO

Organo del Comitato è il Presidente, la cui individuazione viene effettuata fra i rappresentanti del Volontariato.

E' inoltre necessaria la nomina del Vicepresidente la cui individuazione viene effettuata tra tutti i componenti.

Le funzioni di segreteria vengono esercitate a cura dell'Azienda a garanzia della continuità dell'attività dei Comitati. Funge da segretario un dipendente dell'Azienda appartenente all'ambito territoriale di riferimento messo a disposizione dal Direttore del Distretto, o un componente dei CC.CC.MM., la cui individuazione viene comunque effettuata dal Presidente tra i presenti.

E' compito della segreteria la tenuta degli archivi, la compilazione dei verbali, la trasmissione delle comunicazioni, la predisposizione di materiali di cancelleria occorrenti per i lavori del Comitato. Le Segreterie dei CC.CC.MM. provvedono, a cadenza almeno trimestrale, agli adempimenti relativi ai rimborsi dovuti delle spese di viaggio sostenute per la partecipazione alle sedute dei CC.CC.MM..

ART. 8 – ELEZIONE – DURATA IN CARICA E DECADENZA DEGLI ORGANI DEL COMITATO

Nella seduta di insediamento, convocata dal Direttore Generale dell'Azienda o suo delegato, vengono eletti il Presidente e il Vicepresidente con voto diretto segreto, a maggioranza semplice degli aventi diritto al voto. Viene ammesso il voto diretto per corrispondenza.

Il mandato del Presidente ha durata triennale, fatto salvo il caso di dimissioni proprie. I Comitati possono proporre la revoca del mandato dei componenti, in seduta appositamente richiesta da almeno un terzo dei membri aventi diritto, sulla base della maggioranza semplice dei presenti.

Il Presidente o il Vicepresidente decadono anche per revoca di rappresentanza da parte della organizzazione di appartenenza, qualora i Comitati ratifichino tale decisione.

ART. 9 – MODALITA' DI RIUNIONE DEL COMITATO

I Comitati di norma si riuniscono una volta al mese ed ogni volta che i Presidenti lo ritengano necessario o ne venga avanzata richiesta da almeno 3 membri.

Per garantire il regolare funzionamento dei Comitati è necessario che tutti i membri assicurino la loro partecipazione alle sedute al fine di portare un contributo di idee, di esperienze e di proposte.

Le riunioni dei Comitati devono essere convocate per iscritto con almeno 10 giorni di preavviso. Possono essere previste convocazioni urgenti o straordinarie, con preavviso ridotto (3 giorni) e modalità di convocazione abbreviate (a mezzo telegramma o anche telefono in caso di assoluta urgenza). Le comunicazioni devono sempre contenere le specifiche di prima e di seconda convocazione.

Le convocazioni devono contenere un preciso ordine del giorno, di norma concordato nella riunione precedente.

Le riunioni sono valide quando è presente la metà più uno dei componenti aventi diritto, in prima convocazione; in seconda convocazione con qualsiasi numero di presenti.

La mancata partecipazione ingiustificata a tre riunioni consecutive alle attività dei Comitati comporta la decadenza degli assenti dagli stessi.

I membri esterni dei Comitati decadono anche per revoca di rappresentanza da parte della organizzazione di appartenenza, qualora i rispettivi Comitati distrettuali ratifichino tale decisione.

ART. 10 – VERBALIZZAZIONE

La segreteria di ogni singolo comitato provvede a redigere obbligatoriamente il verbale di ogni singola riunione.

Il verbale deve essere redatto in forma sintetica; in esso devono essere riportati i nominativi dei presenti, degli assenti aventi motivata giustificazione, degli assenti ingiustificati.

Il verbale deve inoltre contenere gli argomenti posti all'ordine del giorno e, per ogni argomento, le decisioni assunte, con i suggerimenti e le proposte che esprimono la posizione dei Comitati.

Il verbale, una volta redatto, deve essere esplicitamente approvato nella prima riunione successiva del Comitato; in seguito lo stesso va trasmesso alla Direzione Aziendale per le valutazioni e gli eventuali provvedimenti di competenza.

Il verbale va firmato dal Presidente o da chi ne fa le veci e dal segretario.

ART. 11 – COORDINAMENTO AZIENDALE

Nell'Azienda USL di Ferrara è costituito un coordinamento dei CC.CC.MM. che ha funzioni di indirizzo e di raccordo dei Comitati, funzioni consultive e di proposta per le tematiche di interesse generale. Il Coordinamento si riunisce di norma una volta al mese ed è composto dai Presidenti dei tre CC.CC.MM. e dal referente aziendale per i CC.CC.MM. o da altro funzionario all'uopo delegato o in caso di assenza o di impedimento di uno di essi dal rispettivo vicepresidente.

ART. 12 – GRUPPI DI LAVORO

I Comitati possono dar vita a gruppi di lavoro tra i componenti su tematiche specifiche.

Le modalità di funzionamento di tali gruppi, l'accesso ai reparti / servizi, l'accesso ai dati, e quant'altro necessario per la loro attività, saranno definiti con specifici protocolli operativi.

ART. 13 – RAPPORTI CON LA DIREZIONE AZIENDALE E APPELLO DI SECONDA ISTANZA

I pareri e le proposte dei Comitati, inoltrate all'Azienda a firma del Presidente o suo delegato su mandato dei Comitati, vanno possibilmente espressi con il consenso unanime dei partecipanti alle sedute. Nel caso in cui ciò non sia possibile, verranno

illustrate e appositamente fatte constare nel verbale le posizioni della maggioranza e della minoranza.

I pareri e le proposte dei Comitati non sono vincolanti per l'Azienda.

Qualora vengano affrontate problematiche di rilevante impatto in relazione alle quali vi sia immotivato rifiuto a dar corso alle segnalazioni effettuate o vi sia in relazione alle stesse silenzio della Direzione Aziendale o reiterazione da parte di essa di comportamenti negativi, i Comitati possono appellarsi ad altre sedi quali:

l'informazione al Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino, la segnalazione al Sindaco e/o l'inoltro di formale reclamo all'Assessorato Regionale alla Sanità.

In caso di ulteriore mancata risposta, i Comitati possono effettuare una segnalazione ai mezzi di comunicazione e intraprendere ogni altra azione ritenuta opportuna.

ART. 14 -RAPPORTI CON ALTRI ENTI ED ISTITUZIONI COMPRESO IL VOLONTARIATO, CITTADINI E MEZZI DI COMUNICAZIONE

I Comitati, ai fini dell'acquisizione di informazioni pertinenti la loro attività, possono rivolgersi a qualsiasi istituzione o associazione che ne abbia titolo, con particolare riferimento al Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino.

I Comitati possono organizzare incontri di lavoro o attività con tutte le organizzazioni di volontariato e le Istituzioni che hanno rappresentanza di cittadini.

I rapporti verso l'esterno - inerenti le Istituzioni, cittadini, mass media che comportano espressione di giudizi di valore - devono avvenire dopo confronto formale con la Direzione Aziendale, fatte salve le specifiche ipotesi previste dall'art. 13.

ART. 15 - RELAZIONE ANNUALE

I Comitati stilano a cura del presidente, di norma entro il mese di febbraio di ogni anno, una relazione sull'attività svolta.

Tale relazione va approvata a maggioranza degli aventi diritto e trasmessa al Direttore Generale.

Il Direttore Generale provvede a inviare copia della stessa alla Conferenza dei Sindaci, alla Consulta Provinciale Sanità, al Presidente della Regione e al Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino.

Il Direttore Generale assieme ai CC.CC.MM. provvede, con le modalità ritenute opportune, alla divulgazione di tale relazione a tutte le Associazioni rappresentative dei cittadini e alla stampa.

ART. 16 – APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO E MODIFICHE

Le modifiche al presente Regolamento vengono effettuate con atto formale da parte dell'Azienda.

Può essere soggetto a revisione e modifica in qualunque momento, sulla base di verifiche periodiche, se ne risulti la necessità nel rispetto delle normative richiamate in premessa. Le modifiche devono essere approvate con atto formale.

ART 17 – RIMBORSO SPESE

Ai componenti dei Comitati, in relazione alla partecipazione per lo svolgimento delle loro funzioni alle riunioni dei CC.CC.MM., a quelle di Coordinamento ed a quelle inerenti altre attività a carattere istituzionale rientranti nelle attività di competenza, se adeguatamente documentate, verrà corrisposto il rimborso delle spese di viaggio effettivamente sostenute e documentate o l'indennità kilomtrica sostitutiva per i percorsi ai luoghi di riunione o attività istituzionali. Il rimborso o l'indennità sono corrisposti a condizione che le riunioni siano formalizzate con apposito verbale.

Alla liquidazione dei rimborsi, se dovuti delle spese sostenute, purchè adeguatamente documentate, provvede il Dirigente Responsabile del Distretto a cadenza periodica.

ART. 18 – NORMA TRANSITORIA

I CC.CC.MM. in carica a garanzia della continuità dell'attività mantengono le loro funzioni anche dopo la scadenza del loro mandato fino alla conclusione delle procedure di rinnovo dei nuovi Comitati.

Regolamento per il funzionamento dei
“COMITATI CONSULTIVI MISTI PER IL CONTROLLO DI QUALITA’
DAL LATO DEGLI UTENTI”
dell’Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara

PREMESSA

L’Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara con il provvedimento n. 325 del 24.03.1995, condividendo gli intenti del Coordinamento provinciale del Volontariato ferrarese, ha istituito presso l’Azienda il “Comitato Consultivo Misto degli utenti per il controllo della qualità dei servizi”;

Ciò premesso si formula il seguente regolamento che, recependo le “Linee guida regionali per la definizione del regolamento di funzionamento del CCM”, sostituisce il regolamento vigente.

ART. 1 – RIFERIMENTI NORMATIVI

Art. 14 D. Lgs. 502/92 e successive modifiche
Artt. 15 – 16 L.R. 19/94
L.R. 3/99
D.G.R. 1011/95
D.G.R. 320/00
DPCM 19/05/95.

ART. 2 – SEDE

La sede del C.C.M. è collocata presso la sede aziendale. Il CCM per le proprie attività usufruisce di locali opportunamente attrezzati, messi a disposizione dall’Azienda.

ART. 3 – FUNZIONI E COMPITI DEL CCM

Il Comitato Consultivo Misto è un organismo di partecipazione dei cittadini per il controllo di qualità dei servizi sanitari dal lato dell’utente.

Le funzioni fondamentali ridefinite con la L.R. 3/99 sono:

- 1) assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- 2) promuovere l’utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell’utente, definiti a livello regionale, sentiti gli organismi di partecipazione dell’utenza;
- 3) sperimentare indicatori di qualità dei servizi dal lato dell’utente, definiti a livello aziendale, che tengano conto di specificità locali;

4) sperimentare modalità di raccolta e analisi dei segnali di disservizio.

Il CCM ha inoltre il compito di verificare il grado di coinvolgimento delle Aziende Sanitarie nel miglioramento della qualità della comunicazione col cittadino e in particolare:

- a) nella attuazione di metodologie di rilevazione della qualità dal lato dell'utente, anche attraverso formalizzati collegamenti con l'U.R.P.;
- b) nelle iniziative di rilevazione della soddisfazione dell'utenza e/o iniziative di educazione, promozione della salute e protezione dal rischio;
- c) nella attuazione delle proposte di miglioramento conseguenti l'analisi e la valutazione dei processi aziendali che determinano insoddisfazione dell'utente;
- d) nell'aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale e nel mantenimento degli impegni ivi asseriti.

ART. 4 – ATTIVITA'

Per l'adempimento delle funzioni precedentemente descritte vengono sviluppate le seguenti attività:

- a) esame di documenti e normative;
- b) espressione di pareri;
- c) attivazione di gruppi di lavoro ad obiettivo;
- d) confronto con esperti;
- e) partecipazione e promozione di attività formative interne rivolte al personale o rivolte ad utenti;
- f) promozione e realizzazione di incontri con i cittadini su problemi e progetti del CCM e sui risultati raggiunti con la propria attività;
- g) partecipazione alla definizione dei bisogni di salute della popolazione e alla progettazione di servizi;
- h) partecipazione ad attività di verifica aziendale (accreditamento, indicatori ex art. 14 D.L. 502/92; rispetto di percorsi assistenziali, ecc. ...), nell'ambito degli aspetti che riguardano la qualità dei servizi dal lato del cittadino;
- i) promozione e realizzazione di attività di verifica autogestite (indicatori ex art. 14 D.L. 502/92, impegni della Carta dei Servizi, ecc. ...);
- j) partecipazione ad attività di identificazione, analisi e gestione del rischio, intesa come partecipazione e promozione a programmi e progetti di educazione e promozione alla salute, nonché di prevenzione dei rischi;
- k) partecipazione al monitoraggio dei segnali di disservizio;

- l) monitoraggio di criticità emergenti (liste di attesa, problemi di umanizzazione e personalizzazione dei servizi);
- m) proposte di progetti di miglioramento e collaborazione alla loro realizzazione;
- n) promozione e partecipazione ad indagini sul livello di gradimento dei cittadini;
- o) partecipazione alla definizione, alla rilevazione e all'analisi di indicatori per la valutazione della qualità dal lato dell'utente.

Il CCM è tenuto ad elaborare un piano annuale della sua attività, suscettibile di modifica in caso di necessità o emergenza, da trasmettere al Direttore Generale Aziendale. Il CCM, per la realizzazione delle attività programmate, può utilizzare il supporto degli idonei servizi aziendali.

Al CCM non possono essere attribuiti compiti e competenze che sconfinano nell'attività gestionale ed organizzativa istituzionalmente di competenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

In caso di attività che richiedano investimenti economici, il Comitato attiva modalità di programmazione concordata con la Direzione Aziendale e con i Responsabili dei Servizi interessati.

I risultati delle attività del Comitato devono essere comunicati e congiuntamente valutati con la Direzione Aziendale prima di essere divulgati e pubblicizzati.

Per l'accesso ai Servizi, Reparti e Unità Operative, finalizzato allo svolgimento delle funzioni attribuitegli, il Comitato definisce appositi protocolli operativi d'intesa con la Direzione Aziendale.

ART. 5 - STRUTTURA DEL COMITATO

Composizione: i riferimenti normativi regionali, per la composizione dei Comitati Consultivi Misti, prevedono:

- una qualificata rappresentanza aziendale a livello dirigenziale;
- una rappresentanza maggioritaria di associazioni di volontariato e di tutela dei diritti che operano attivamente e in modo documentabile, in campo socio-sanitario, iscritte al Registro Regionale del Volontariato;
- una rappresentanza di altre organizzazioni rappresentative dei cittadini (sindacato dei pensionati, ecc. ...),
- una rappresentanza dei medici di Medicina Generale;
- una rappresentanza degli Enti Locali.

La composizione del Comitato Consultivo Misto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna, è, pertanto, la seguente:

- a) 12 rappresentanti designati di comune accordo dalle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti;
- b) 6 rappresentanti designati dall'Azienda;
- c) 2 rappresentanti designati dal Sindacato dei Pensionati;
- d) 2 rappresentanti designati dai Medici di Medicina Generale;
- e) 2 rappresentanti designati dagli Enti Locali

I rappresentanti aziendali sono individuati dalla Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

I rappresentanti di parte esterna sono individuati autonomamente dalle diverse componenti. Per il volontariato essi sono proposti formalmente dalle Associazioni maggiormente impegnate in campo socio-sanitario, appositamente riunite in Assemblee convocate dai Coordinamenti provinciali del Volontariato, e nominati dal Coordinamento stesso, a seguito di elezioni a scrutinio segreto.

In caso di impedimento, i componenti saranno individuati dal CCM uscente, congiuntamente con la Direzione aziendale.

Ogni Comitato può avvalersi della collaborazione di esperti: tali esperti hanno potere consultivo e vengono individuati dal Comitato stesso.

Possono partecipare su invito del Comitato, i membri della Direzione, il Responsabile / Referente del Gruppo Qualità e il Responsabile / Referente dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Alle riunioni del Comitato possono essere, inoltre, invitati i Responsabili di Servizi, Reparti e Unità Operative allorché vengano discussi problemi attinenti la valutazione e il possibile miglioramento della qualità dei servizi per il cittadino.

Durata: la durata in carica del CCM è di tre anni.

Ai rappresentanti esterni non retribuiti, vanno rimborsate le spese di viaggio, documentate, sostenute per la partecipazione alle riunioni e per lo svolgimento delle loro funzioni secondo le direttive emanate dalla Regione Emilia Romagna.

Decadenza: la decadenza del CCM può avvenire per scadenza del mandato, per dimissioni della metà dei suoi membri o per altre cause previste dalla normativa vigente.

ART. 6 – ORGANI DEL COMITATO

Presidente: il Presidente deve essere individuato fra i rappresentanti del Volontariato.

Vicepresidente: il vicepresidente non può essere individuato fra i rappresentanti dell'Azienda.

Segreteria: le funzioni di segreteria, vengono esercitate a cura dell'Azienda, a garanzia della continuità dell'attività del Comitato.

E' compito della segreteria la tenuta degli archivi, la compilazione dei verbali, la trasmissione delle comunicazioni, la predisposizione di materiali occorrenti per i lavori del Comitato. La Segreteria del CCM provvede, a cadenza almeno trimestrale, agli adempimenti relativi ai rimborsi, se dovuti, delle spese vive sostenute per la partecipazione alle sedute del CCM e del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ).

ART. 7 – ELEZIONE – DURATA IN CARICA E DECADENZA DEGLI ORGANI DEL COMITATO

Elezione: nella seduta di insediamento, convocata dal Direttore Generale dell'Azienda o suo Delegato, vengono eletti il Presidente e il Vicepresidente con voto diretto segreto, a maggioranza semplice dei presenti.

Durata del mandato: di norma la durata del mandato è triennale, salvo dimissioni proprie. Il Comitato può proporre la revoca del mandato, in seduta appositamente convocata da almeno un terzo dei membri aventi diritto, sulla base di una maggioranza semplice dei presenti.

Decadenza degli organi: il Presidente o il Vicepresidente, salvo dimissioni, decadono per revoca di rappresentanza da parte delle Organizzazioni deleganti, salvo ratifica da parte CCM.

ART. 8 – MODALITA' DI RIUNIONE DEL COMITATO

Riunioni: Il Comitato di norma si riunisce una volta al mese ed ogni volta che il Presidente lo ritenga necessario o ne venga avanzata richiesta da almeno 8 membri.

Per garantire il regolare funzionamento del Comitato è necessario che tutti i membri si impegnino a partecipare alle sedute e a portare un contributo di idee, di esperienze e di proposte.

Convocazione: le riunioni del Comitato devono essere convocate per iscritto con almeno 10 giorni di preavviso. Possono essere previste convocazioni urgenti o straordinarie, con preavviso ridotto (3 giorni) e modalità di convocazione diverse (telefonata, telegramma, ecc.). Queste, devono sempre contenere la specifica di 1.a e di 2.a convocazione.

Le convocazioni devono contenere un preciso ordine del giorno, di norma concordato nella riunione precedente.

Validità: le riunioni sono valide quando è presente la metà più uno dei componenti aventi diritto, in 1.a convocazione e con qualsiasi numero di presenti in 2.a convocazione.

Decadenza: La mancata partecipazione ingiustificata a tre riunioni consecutive del CCM e alle attività del Comitato comportano la decadenza dello stesso.

I membri del Comitato decadono per revoca di rappresentanza da parte del soggetto che li ha designati, salvo ratifica da parte del CCM.

Verbale: La stesura del verbale delle riunioni, a cura della segreteria, è obbligatorio per ogni seduta.

Il verbale, deve essere redatto in forma sintetica: vi devono essere riportati i nominativi dei presenti, degli assenti (con giustificazione motivata) e degli assenti ingiustificati. Deve contenere inoltre gli argomenti posti all'ordine del giorno e, per ogni argomento, le decisioni assunte, con i suggerimenti e le proposte che esprimono la posizione del Comitato.

Il verbale deve essere approvato nella riunione successiva e, in seguito, trasmesso alla Direzione Aziendale e agli altri interlocutori che il Comitato riterrà opportuno coinvolgere per la soluzione dei problemi proposti.

Il verbale va firmato dal presidente o da persona delegata e dalla segreteria.

ART. 9 – GRUPPI DI LAVORO

Il Comitato può dar vita a Gruppi di Lavoro su tematiche specifiche.

Le modalità di funzionamento di tali gruppi, la identificazione personale, l'accesso ai reparti / servizi, l'accesso ai dati, ecc....., saranno definiti con specifici protocolli operativi, d'intesa con la Direzione Aziendale.

ART. 10 – PARERI E PROPOSTE DEL C.C.M.

Rapporti con la Direzione aziendale:

I pareri e le proposte del Comitato, inoltrati all'Azienda a firma del Presidente o suo delegato, su mandato del Comitato stesso, vanno possibilmente espressi con il consenso unanime dei partecipanti alla seduta. Nel caso in cui ciò non sia possibile, verranno illustrate le posizione della maggioranza e della minoranza.

I pareri e le proposte del Comitato, non sono vincolanti per l'Azienda, tuttavia nello spirito di reciproca collaborazione che deve caratterizzare il rapporto con il C.C.M., P

Azienda stessa è tenuta a rispondere con adeguata sollecitudine alle istanze presentate dal CCM su tematiche di propria competenza.

Rapporti con altri Enti, Istituzioni (compreso il volontariato), Cittadini e mezzi di comunicazione:

Il Comitato, ai fini dell'acquisizione di informazioni pertinenti la propria attività, può rivolgersi a qualsiasi istituzione o associazione che ne abbia titolo, con particolare riferimento al CCRQ.

Il Comitato può organizzare incontri di lavoro o attività con tutte le organizzazioni di volontariato e le Istituzioni che hanno rappresentanza di cittadini.

I rapporti verso l'esterno (Istituzioni, cittadini, mass media) che comportano espressioni di giudizi di valore devono avvenire dopo confronto formale con la Direzione Aziendale.

ART. 11 – RELAZIONE ANNUALE

Il Comitato, di norma entro il mese di febbraio di ogni anno, deve approvare la relazione sulla attività svolta, stilata a cura del Presidente.

Tale relazione dovrà essere trasmessa al Direttore Generale che provvederà ad inviarla agli organi previsti in Delibera G.R. 320/00 (Conferenza dei Sindaci, Consulta Provinciale Sanità, Presidente della Regione e al CCRQ).

E' buona norma che il Direttore Generale assieme al CCM diffondano tale relazione a tutte le associazioni rappresentative di cittadini e alla stampa (comunicato, conferenza stampa, conferenza).

ART. 12 – MODIFICHE AL REGOLAMENTO

Il Regolamento deve essere approvato con atto formale.

Può essere soggetto a revisione in qualunque momento, sulla base di verifiche periodiche, se ne risulti la necessità.

La modifica deve essere approvata con la stessa modalità di approvazione del regolamento stesso.

ART. 13 – NORME TRANSITORIE

Sono fatte salve eventuali norme funzionali al mantenimento della attività del CCM.